N° 46

DES

HÉMORRAGIES FOUDROYANTES

DANS

L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

ACAD. LIBRAT. RUEL

Le 4 Avril 1903

PAR

Eugène TURIN

Né à Montélimar, le 14 décembre 1876

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (1898)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
FORGUE . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. PUECH .	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. DE ROUVILLE, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	MOURET, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

E. TURIN

A MES GRAND'MÈRES

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

É. TURIN.

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE

DOCTEUR CARILLIAN

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

EUGÈNE TURIN

DOCTEUR EN MÉDECINE, PHARMACIEN DE 1re CLASSE

E. TURIN.

A MON ONCLE DOCTEUR ALPHONSE TURIN
ET A MA TANTE

A MON ONCLE DOCTEUR CHANEL
ET A MA TANTE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LÉON IMBERT

MEIS ET AMICIS

E. TURIN.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous ne pouvons nous empêcher de jeter un regard en arrière. Et quel souvenir s'impose avec plus de force à notre esprit et à notre cœur, que celui de la sollicitude affectueuse et sans cesse renouvelée dont nous ont entouré nos parents. Nous leur devons tout jusqu'à ce jour, et ne dirons jamais assez tout ce que, au plus intime de nous-même, nous avons, vis-à-vis d'eux, de gratitude et de respectueux amour filial.

N'est-ce point ici le lieu d'adresser un adieu plein de sympathie à cette nouvelle famille qu'a été pour nous la Faculté de Médecine de Montpellier ? C'est pour nous un bien doux devoir que de rendre un public hommage à l'inaltérable bienveillance que nous ont témoignée nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux. A peine assis sur les bancs de cette École, la maladie nous a permis d'apprécier, en la personne de M. le Professeur agrégé Galavieille, l'intérêt que portent les Maîtres à leurs élèves. Grâce à lui promptement rétabli, nous reprenions bientôt le cours de nos études. Nous avons eu tour à tour l'honneur de suivre les leçons de MM. les Professeurs de clinique Tédenat, Forgue, Grasset, Carrieu, Estor, de MM. les Professeurs agrégés Imbert, Jeanbrau, Vires, Vallois, soit comme stagiaire, soit comme externe, et à ce titre, appelé à vivre plusieurs mois dans ce milieu si fermé de

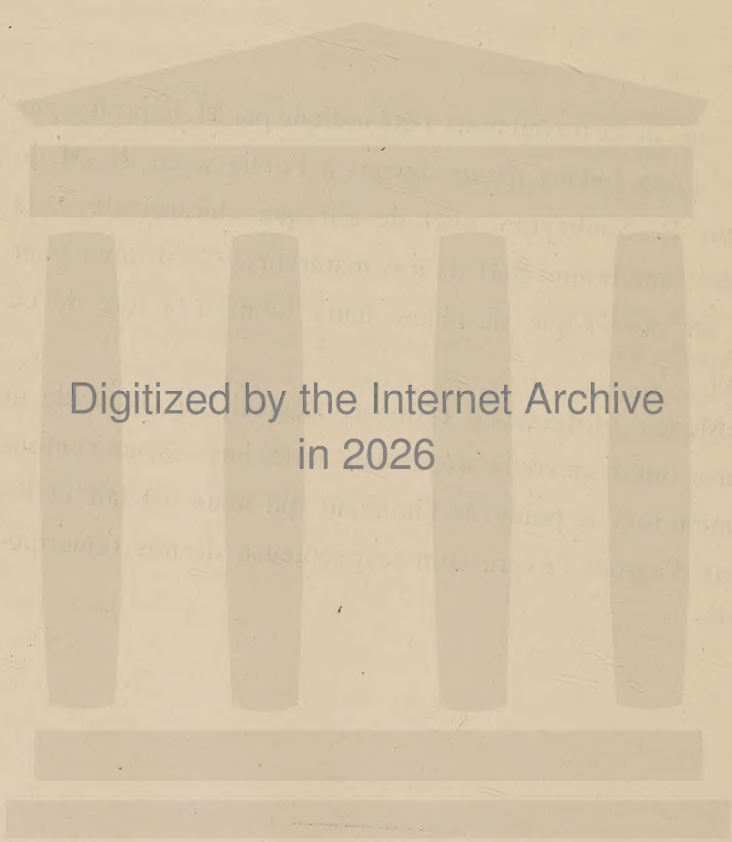
l'internat, et c'est là un de nos plus agréables souvenirs. Qu'ils nous permettent de leur exprimer l'infinie obligation que nous leur avons. Nous n'aurions garde d'oublier de rendre hommage à l'obligeance et à l'amabilité de MM. les docteurs Ardin-Delteil, chef de clinique médicale, médecin adjoint à l'asile d'aliénés, et Paul Soubeyran, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, qui, l'an dernier, ont bien voulu nous guider dans nos travaux. Tant de marques d'intérêt pourraient-elles s'effacer si aisément de notre mémoire ? Et combien auprès d'elles s'estompe et se fait plus discrète l'amertume de certaines petitesses déjà loin de nous !

Enfin nous emporterons un souvenir ému des amitiés solides, cimentées aux bonnes comme aux mauvaises heures, dont notre départ, sans les interrompre, va nous éloigner peut-être pour toujours. Tant d'heures vécues côte-à-côte constituent un fonds commun, et nous saignons au moment de la séparation : c'est là, voilée d'une douce mélancolie, la meilleure part de notre vie d'étudiant.

INTRODUCTION

Le sujet de ce travail nous a été indiqué par M. le professeur agrégé Léon Imbert. Nous devons à l'obligeance de M. le docteur P.. Soubeyran, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, une bonne part de nos matériaux. C'est donc pour nous un devoir que de placer leurs noms à la tête de ce travail.

MM. les professeurs Tédenat, Baumel, de Rouville et Mouret ont bien voulu siéger dans notre jury. Nous sentons vivement tout le poids de l'honneur qui nous est fait et les prions d'agréer l'expression respectueuse de nos remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545824_0042

DES

HÉMORRAGIES FOUDROYANTES

DANS

L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

HISTORIQUE

De toute antiquité, depuis que les ulcères rongent l'estomac, on a pu constater des hémorragies de ce viscère, hématémèses plus ou moins abondantes et, par suite, d'une implacable gravité pour le malheureux qui se voyait ainsi saigné à blanc sans pouvoir en tarir la source. Parfois pourtant certains en guérissaient et revenaient d'une façon complète à la santé; nous le verrons bientôt d'ailleurs. Pour les anciens, timides interventionnistes, ces terribles hémorragies ne laissaient après elles que bien peu d'espoir.

Pour la première fois en 1882, époque où la transfusion était encore la seule ressource thérapeutique, M. Galliard entrevoit la possibilité d'une intervention chirurgicale. Avec l'introduction incontestée de l'antisepsie dans la technique opératoire, il devient possible de se rendre compte directement des lésions que la symptomatologie

nous faisait entrevoir, et d'en déduire les indications d'une intervention sanglante active. C'est ici le lieu de citer quelques noms qui s'imposent en cette question.

En 1887, Mikulicz tente la cautérisation de l'ulcère et la pyloroplastie. Tentative malheureuse à laquelle ne survit point son premier opéré. Cependant il ne s'en tient pas là, et trois nouvelles interventions permettent d'enregistrer un succès certain, consécutif à l'ablation totale de l'ulcère.

En de semblables conditions, Gannett (1) en 1889, se trouve en présence d'adhérences du pylore au pancréas ; aussi borne-t-il là son intervention.

Au Congrès français de chirurgie de 1893, Roux, de Lausanne, après la même ablation et ligature de la coronaire stomachique, peut annoncer une incontestable guérison.

L'année suivante, Küster obtient deux succès, après cautérisation de l'ulcère suivie de gastro-entérostomie.

En 1895, Doyen dans son Traité chirurgical des affections de l'estomac, estime que l'hémorragie cède à la gastro-entérostomie ; l'excision est reléguée dans les méthodes d'urgence.

Talma (2), en raison des difficultés que présente la recherche de l'ulcère, n'admet comme intervention opératoire que la gastro-entérostomie.

Cette question, d'un remarquable intérêt médico-chirurgical, attire l'attention générale au congrès allemand

---

(1) Cité par Bouveret.

(2) Talma. — Les indications des opérations stomacales. *Berlin. Klin. Wochens.*, 23 juin 1895.

de 1897. On y entend deux rapports : l'un de Von Leube, l'autre de Mikülicz lui-même.

Pour eux, les grandes hémorragies ne sont pas justiciables du bistouri ; quand le malade n'a pas succombé avant l'arrivée du chirurgien, il advient souvent que de lui-même le malade guérit d'une façon définitive.

Dans la même année, Tuffier et Hartmann adressent leur communication à la Société de chirurgie française.

Le cas retentissant de Dieulafoy, en 1898, fait à nouveau de cette question un sujet d'actualité. C'est sa magistrale description de « l'exulceratio simplex », justiciable d'une seule intervention, l'opération d'urgence : « L'abondance de l'hématémèse, plus encore que sa répétition, est une indication formelle à l'opération. Le chirurgien explorera minutieusement l'estomac, et contrôlera au besoin, à l'aide d'une loupe, la présence de « l'exulceratio simplex ». Les succès opératoires seront plus certains et plus nombreux que dans le cas d'ulcus en pleine évolution, car la limitation de la lésion favorise singulièrement l'intervention chirurgicale. » (1)

Mais l'autorité de son nom n'entraîne cependant pas tous les suffrages. L'un met en lumière, en face de la cure merveilleuse de Dieulafoy, les fréquents insuccès subis par ailleurs. Savariaud, dans sa thèse inaugurale (2), suivie l'année d'après d'un important article dans la *Gazette des hôpitaux* (3), se refuse systématiquement à

---

(1) Dieulafoy. — Exulceratio simplex. (*Presse médicale*, 1898.)

(2) Savariaud. — De l'ulcère hém. de l'estomac et de son traitement chirurgical. (Thèse Paris, 1898.)

(3) Savariaud. — Des gastrorragies dans l'ulcère de l'estomac et du duod. et leur traitement chirurgical. (*Gazette des hôpitaux*, 28 janvier 1899.)

intervenir en face d'une gastrorragie abondante, par crainte d'augmenter l'écoulement sanguin. Mieux vaut pour le malheureux une mort plus sereine que celle de la table d'opération. Il est vrai que, depuis, la technique de cette intervention a marché à grands pas. Ceci explique l'attitude prise par une chirurgie audacieuse, sans témérité, qui se refuse le droit d'un commode laisser-faire, laisser-mourir.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Envisageons maintenant les lésions qui constituent le substratum anatomique de cette affection. Tour à tour nous allons examiner l'hémorragie, le vaisseau qui lui a donné naissance et l'ulcère seul responsable.

De coloration théoriquement variable, selon son origine artérielle ou veineuse, ce sang tourne bientôt au marc de café, pour peu qu'il ait été conservé dans la poche gastrique et que les sucs digestifs aient eu le temps d'exercer sur le globule rouge leur action peptonisante. C'est dire qu'il faut tenir grand compte de la durée pendant laquelle cette action se sera prolongée : peu modifiée quand l'intolérance de la paroi musculaire les aura vite rejetés par crises de vomissements, ils seront, au contraire, si l'hémorragie se produit à l'état de plénitude de l'organe, alors qu'il est en pleine activité chimique, si complètement altérés qu'on ne saurait mieux faire que de reproduire les vieilles comparaisons avec la poix ou la suie.

Mais que l'estomac, plus atone, réagisse de façon moins active, le liquide de l'hémorragie va suivre un autre cours. Il parcourt, sous l'influence des mouvements péristaltiques du tube, toute la longueur de l'intestin.

Ainsi, tout à loisir, se prolonge l'action du suc gastri-

que, multipliée par les autres ferments digestifs. En dernière analyse, ce sont des selles noirâtres, les mélœna, qui traduiront cliniquement l'hémorragie, mélœna surtout marqués quand l'hématémèse aura été faible ou nulle, ce qui est la règle quand la lésion siège à la région pylorique.

Ajoutons, pour en finir, qu'il convient, dans les cas peu accentués, de mettre en évidence ces résidus de la digestion du sang, en délayant, dans une certaine quantité d'eau, une portion des matières fécales. Nous obtenons alors une teinte brunâtre véritablement caractéristique.

En second lieu, il convient d'envisager quel vaisseau a donné : lésions artérielles, veineuses, capillaires. Disons tout de suite que, le plus souvent, le processus destructeur s'attaquera aux artères, comme en font foi les tables que voici :

Sur 47 cas de Savariaud :

34 lésions artérielles
4 — veineuses
2 vaisseaux indéterminés
4 pas d'ouverture vasculaire visible.
3 fois pas de mention.

Collin, de son côté, a noté :

20 perforations artérielles
3 — veineuses
13 — indéterminées ou pas de mention.

Le mécanisme du processus qui a donné naissance à la lésion de la paroi artérielle, nous arrêtera tout d'abord.

L'agent primitif de l'ulcération doit être reporté aux propriétés histolytiques du suc gastrique. En sa présence,

tout tissu privé de ses moyens de protection physiologique à son action, subira des altérations destructives ; les parois artérielles n'y échapperont pas et il se fera, au point dénudé par l'ulcération, une digestion limitée des tuniques artérielles.

Dès que la pression sanguine ne sera plus contrebalancée par une résistance pariétale suffisante, l'hémorragie de se produire pour ne prendre fin qu'à l'arrêt de la contraction cardiaque, que le malade ait succombé à l'hémorragie ou que, par anémie de ses centres nerveux, il tombe en syncope ; celle-ci, momentanément au moins, sera providentielle : elle permet, en effet, la formation d'un caillot qui va obturer la lumière vasculaire. Mais que le malade revienne à lui et les mêmes causes entraîneront une nouvelle hémorragie et ainsi de suite jusqu'à ce que, exsangue, le patient finisse par succomber. Disons, cependant, que dans bien des cas une évolution plus consolante peut se produire, le caillot s'organiser, et le malade se rétablir peu à peu ; circonstance favorable et que l'on a essayé d'expliquer en disant que la muqueuse gastrique, anémiée comme les autres tissus de l'organisme par ces pertes de sang répétées, ne produit plus qu'une sécrétion dévoyée, désormais sans action. Mais, secondairement à l'action irritative de l'ulcère et de l'autodigestion de la paroi qu'il autorise, tout autour de l'ulcère, va se produire un travail inflammatoire qui aura pour effet de transformer les parois artérielles en tissu embryonnaire, sans force contre l'ondée sanguine, et c'est là le second facteur de la rupture vasculaire. Ici encore un travail salutaire se produira par réaction de la tunique endothéliale sur les couches périphériques de la colonne sanguine aboutissant ainsi à l'organisation d'un caillot ischémique.

Il est facile de comprendre que, selon la rapidité d'ac-

tion de ce double processus, l'ulcération de la paroi vasculaire pourra se produire, soit en un point limité et tangent au fond de l'ulcère, soit sur toute sa circonférence ; d'où, division nette du vaisseau en deux segments : l'un central, l'autre périphérique. Ici interviendront l'élasticité et la contractilité de la tunique moyenne, tendant à recroqueviller les deux surfaces de section. C'est l'hémostase physiologique. Souvent, nous constaterons la formation accessoire d'un caillot obturateur sur le bout périphérique ; moins privilégié, le bout central, à cause de la tension de la colonne sanguine, en sera dépourvu.

Nous n'avons envisagé jusqu'à maintenant qu'une lésion portant sur un seul point. Mais qu'il s'agisse d'une artère flexueuse, pelotonnée sur un petit espace, qu'il s'agisse de ramifications de second ordre couvrant une étroite surface, et le processus ulcératif atteindra simultanément plusieurs points : perforations vasculaires multiples.

Si maintenant nous consultons les statistiques, celles surtout de Savariaud, nous voyons que les artères stomacales sont lésées avec la fréquence que voici :

17 fois l'artère splénique
6 — coronaire stomachique
10 — artérioles innominées

Ce n'est que d'une façon tout exceptionnelle que l'on a pu constater l'ouverture dans l'estomac de la gastro-épiploïque droite, de l'hépatique, de l'aorte, des veines porte et mésentérique inférieure ou même du cœur. Quoique rare, la perforation de ce viscère se voit parfois : Savariaud en a réuni quatre cas.

De prime abord, nous pourrions être surpris de la

lésion de vaisseaux anatomiquement éloignés de l'estomac, et notamment de l'extrême fréquence de celle de la splénique. C'est que le processus inflammatoire ne limite pas son action à la muqueuse, mais retentit sur le péritoine qui devient le siège d'un travail de sérite adhésive. De ce chef, l'arrière-cavité des épiploons, déjà presque virtuelle à l'état normal, n'existe plus qu'à l'état de souvenir anatomique, et le processus ulcératif pourra gagner jusqu'aux organes qui lui sont sous-jacents.

A cause de leurs connexions anatomiques avec les artères, les veines seront fréquemment touchées. Mais habituellement, leurs hémorragies présenteront un moindre caractère de gravité, autant par l'absence dans leurs parois, d'éléments élastiques (la tunique moyenne leur fait en effet défaut) que par la faible pression du sang qu'elles contiennent, circonstance favorable à la production d'un caillot.

Les capillaires, eux aussi, à cause de leur abondante répartition dans les tuniques de l'estomac, donneront souvent des hémorragies. Elles pourront revêtir un caractère de gravité tout particulier, hémorragies foudroyantes, à cause de la multiplicité de leurs érosions. Les observations de Lemoine, de Pilliet, de Lépine, de Bret, sont particulièrement édifiantes à ce sujet.

Sur l'ulcère lui-même, nous pourrons être plus bref. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer aux travaux parus ces derniers temps ; on y trouvera, décrites minutieusement, les différentes sortes d'ulcères qui peuvent donner lieu aux syndromes que nous étudions. Citons cependant et pour mémoire seulement :

L'ulcus simplex ou ulcère de Cruveilhier ;
L'ulcère du duodénum ;
Les érosions hémorragiques ;
La gastrite éthylique,
et enfin, dernière née, l'exulceratio simplex de Dieulafoy.

SYMPTOMATOLOGIE

Toutes ces affections, révélées ou non par les symptômes qui les auront précédées, sont un jour destinées à produire une hémorragie ; ces hémorragies sont très fréquentes, car, d'après Lebert, elles existent dans 4/5 des cas d'ulcère.

Cette hémorragie sera souvent le premier signe qui fera de suite songer à la lésion. Mais elle pourra avoir été devancée par les autres symptômes de l'ulcère, les vomissements et la douleur, points rachidien et xiphoïdien, qui auront déjà décelé la présence de l'ulcère. Mais retenons ce fait, c'est que ce sont les ulcères latents qui saigneront le plus facilement, et ceux-là même qui seront les plus insidieux seront en même temps les plus dangereux. Laissant de côté les hémorragies qui ont permis une survie, nous ne garderons que celles qui sont rapidement mortelles, mortelles en moins de 24 heures ; celles-là seules peuvent entrer dans la classe des hémorragies foudroyantes.

On peut les diviser en deux catégories. Dans une première, la mort est d'une promptitude extrême ; le malade, généralement bien portant jusque-là, est pris brusquement d'une sensation de défaillance ; la face déjà pâle, de la blancheur de la cire, le pouls incomptable tellement

il est rapide, et le malade, surpris au milieu des siens, pendant le cours de ses occupations, s'affaissera sans mot dire, sans même un vomissement. Quelques convulsions, et la mort a été instantanée. Et si, par le plus grand des hasards, le médecin se trouve devant ce spectacle navrant, il n'aura aucun recours que celui de constater la présence d'une hémorragie interne dont il ignorera même le siège, diagnostic bientôt remplacé par celui de la mort. D'une pareille promptitude, ces cas ne peuvent guère intéresser que le médecin légiste.

Mais à côté d'eux il s'en trouve d'autres d'une gravité moins brutale. Les premiers signes frapperont vivement l'esprit du malade et de son entourage ; aussi, promptement, serons-nous appelés à nous prononcer sur son cas. Nous sommes en présence d'un malade qui a rejeté en une seule fois 500, 1000, 1.500 grammes de sang. Les symptômes d'anémie aiguë se manifestent parfois promptement, suivis d'une syncope finale.

D'autres fois encore, la quantité de sang est moindre, mais les hématémèses se reproduisent fréquemment et, par leur répétition, elles arrivent, en un laps de temps plus long, au même résultat. Mais, ici, le sang sera immédiatement rejeté par l'estomac irrité, il sera rouge, rutilant, sans avoir été altéré par le suc gastrique. Le malade, sous l'influence de cette anémie aiguë, sent ses forces décroître. Le moindre mouvement provoque une lipothymie. La soif est extrême, la voix éteinte, le pouls rapide et filiforme. Une céphalée intense, exagérée par les mouvements, s'ajoute à ce tableau symptomatique. Les téguments deviennent verdâtres et translucides, les muqueuses se décolorent. Que les hémorragies se répètent, qu'elles se reproduisent avant le rétablissement com-

plet du malade, en un mot qu'elles deviennent subintrantes, et il se cachectise de plus en plus pour en arriver à la consomption jusqu'au jour où, exsangue et sans force, il rejettera avec les dernières gouttes de sang ce qui lui reste de vie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic devra comprendre plusieurs chapitres :

1° Y a-t il hémorragie stomacale ?

2° Quelle en est l'origine ?

3° Quel est le vaisseau lésé et quelle en est l'importance?

Pour déclarer qu'il y a hématémèse, nous devrons nous fonder sur les vomissements de sang qui se font sans grands efforts et en grande abondance. Le malade est pâle, la figure défaite, assis au milieu de nombreux coussins, la cuvette sur les genoux pleine de sang, la figure elle même toute souillée, la voix éteinte.

En examinant les matières rejetées, on remarquera tout d'abord que le sang, s'il est rouge, n'est pas écumeux ; on pourra accessoirement reconnaître au milieu du sang l'existence de matières alimentaires, de liquides, de bile. Si nous hésitons encore à différencier cette hématémèse d'une hémoptysie, nous remarquerons encore qu'elle s'est produite sans quinte de toux ; enfin, à l'examen du thorax, nous ne constaterons aucune des lésions qui auraient pu donner lieu à une hémoptysie.

Ayant donc écarté l'idée qui vient tout d'abord, celle d'une hémorragie d'origine pulmonaire, nous aurons encore à nous demander si nous n'avons pas affaire à une épistaxis, une hémorragie du pharynx. Mais l'examen

objectif lèvera toute incertitude. Si même il y avait eu une épistaxis qui ait pu glisser inaperçue, grâce au décubitus dorsal, dans l'estomac, pour en être rejetée, nous aurions sur le pharynx des caillots adhérents qui ne nous laisseraient aucun doute sur l'origine de l'hémorragie.

N'oublions pas qu'à côté de l'hématémèse, le mélœna est un signe aussi important, quoique plus difficile parfois à déceler, comme nous avons eu l'occasion de le voir. Phénomène de grande valeur, surtout dans les gastrorragies peu abondantes, alors que le sang n'est pas vomi, et dans les hémorragies de la région pylorique ou plus spécialement du duodénum alors que le sang passe directement dans l'intestin. Ainsi donc nous pouvons affirmer que le sang provient de l'œsophage ou de l'estomac.

Ici le diagnostic deviendra d'autant plus délicat que nous aurons moins de commémoratifs. Souvent il nous sera même impossible de différencier l'une de l'autre les diverses maladies qui peuvent donner naissance au syndrome qui nous occupe. Combien de fois arrivera-t-il que l'on hésitera entre un vieil ulcère de l'estomac et un cancer, d'autant plus que l'un se greffe si souvent sur les lésions de l'autre ! Nous rechercherons alors les signes de l'ulcère : la douleur en broche, avec paroxysme xiphoïdien, rachidien, l'hyperacidité, les renvois acides, les vomissements, etc.

Et si la clinique ne nous permet pas de différencier l'ulcère d'un cancer, nous n'hésiterons pas, car l'intervention ne peut être que profitable dans l'un et l'autre cas.

Avons-nous affaire à des troubles de la circulation de retour, à des varices œsophagiennes, nous trouverons tous les signes d'une lésion cardiaque ou hépatique, nous trouverons une cirrhose avérée. Mais nous devrons parfois la chercher et ne négliger aucun des petits signes

indiqués par Hanot. En même temps le malade nous signalera de la douleur rétrosternale pendant la déglutition. La constatation d'une cirrhose nous fera aussi songer à la possibilité d'hémorragie de la muqueuse gastrique sans ulcération. Nous examinerons l'état du cœur, qui peut troubler, lui aussi, la circulation de retour et, lui aussi, donner des varices œsophagiennes.

La rupture d'un anévrysme de l'aorte ne se ferait guère sans qu'on se soit aperçu de son existence. D'ailleurs, l'examen du malade ne sera probablement pas à faire. Nous en dirons autant de l'anévrysme du tronc cœliaque et de ses branches. En tout cas, il suffira d'être averti pour ne pas commettre d'erreur. Mais nous hésiterons davantage s'il s'agit d'anévrysme miliaire de l'estomac, souvent latent (1).

Enfin la coexistence de la maladie spécifique nous fera faire le diagnostic d'ulcère tuberculeux ou syphilitique, de l'estomac. On devra encore éloigner l'idée d'une gastrite hémorragique.

En y songeant, on évitera facilement de confondre un ulcère hémorragique avec ces hémorragies complémentaires survenant après la disparition des règles ou des hémorroïdes, particulièrement chez de jeunes femmes hystériques, hémorragies qui d'ailleurs sont rarement assez importantes pour mettre les jours du malade en danger.

Ainsi donc, si nous avons pu éliminer toutes ces causes d'erreur, nous aurons porté le diagnostic d'ulcère de l'estomac. Quel sera son siège ? Interrogeons le malade. S'il nous accuse des douleurs vives et des vomissements de

---

(1) Gallard, Soc. méd. des hôpit. 30 avril 1875.

suite après l'absorption d'aliments ou de boissons, nous songerons à l'ulcère du cardia. Dans la lésion du pylore, les douleurs et les vomissements seront plus tardifs, exagérés par le décubitus sur le côté droit, accompagnés plus facilement de mélœna. De même le décubitus dorsal, lorsqu'il soulagera le malade, fera songer à une lésion de paroi antérieure. Il exagèrera la douleur si la paroi postérieure est intéressée. Enfin la production de mélœna à l'exclusion de vomissements sanglants, nous permettra de croire à un ulcère du duodénum. Quant à la dimension du vaisseau lésé, si l'ulcère est vieux, on peut penser à un ulcère calleux qui laissera généralement couler une grosse artère. Si l'hémorragie a été brusque et a apparu comme premier symptôme, ou bien on aura affaire à un ulcère commençant avec hémorragie d'artériole, ou à une hémorragie capillaire. En somme, comme le dit Savariaud, « vieil ulcère = hémorragie de la splénique, jeune ulcère = hémorragie d'artériole ».

Peut-être pourra-t-on en plus de cela se fonder sur ce fait que les hémorragies capillaires se font plus lentement, avec moins de réaction, avec plus d'accoutumance de la part du système nerveux central. Les hémorragies des gros vaisseaux seront plus profuses, avec défaillance brusque et syncope. Mais aucun signe ne pourra servir de critère pour différencier ces deux cas, et le médecin ne pourra avoir qu'une vague impression clinique. Il pressentira le calibre du vaisseau, mais ne l'assurera pas.

TRAITEMENT

Une hémorragie de l'estomac peut être d'une abondance surprenante. La littérature médicale nous en donne un certain nombre d'exemples. Ceux de Haller semblent presque invraisemblables. Girault, dans sa thèse (1), cite deux cas où ses malades perdirent 5 à 6 litres de sang.

De telles hémorragies ne peuvent que laisser le médecin perplexe. Il se trouve, en effet, pris entre deux alternatives qui l'effraient aussi bien l'une que l'autre. D'un côté, ce sera l'expectative, qui apportera avec elle ses dangers, et le malade s'en ira promptement au tombeau. De l'autre côté, ce sera la hardiesse de l'opération qui n'aura pour excuse que la situation désespérée du patient, mais qui apportera son contingent de dangers : anesthésie, shock, etc...

Aussi, ces raisons ont-elles créé deux camps opposés : les uns, partisans du traitement médical par principe, les autres n'admettant que le traitement chirurgical. On peut être surpris de voir que chez les partisans de l'intervention on trouve des noms de médecins ; Dieulafoy est de ceux-là.

---

(1) Girault. — Thèse de Paris, 1867.

Quelles sont les raisons des uns et des autres?

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que lorsqu'une hémorragie abondante, et particulièrement une hémorragie de gros vaisseaux, se produisait, on la voyait fréquemment s'arrêter d'elle-même, par formation d'un thrombus suivant différents mécanismes que nous avons étudiés. D'où ce précepte de laisser à la nature le soin de faire les choses et de se borner à l'aider.

Pour cela, la nature, toujours prévoyante, prévient le thérapeute en produisant, comme première réaction de cette anémie brusque de tout l'organisme et en particulier des centres nerveux, une syncope. Cette syncope, vraiment providentielle, diminue la violence de la pression sanguine, et permet au caillot de s'organiser. Quelle anxiété pour le médecin de voir ainsi le malheureux malade suspendu entre vie et trépas ; si on essaye de le sortir de la syncope, qui peut être mortelle, on risque de voir la fin venir par suite de la continuation de l'hémorragie.

Si la syncope ne vient pas, que faire? l'attendre ou opérer? laisser couler le sang ou l'arrêter ? Si on l'arrête, ne fait-on pas subir aux malades tous les dangers d'une grosse opération, et d'une opération d'urgence dans des conditions incertaines d'asepsie ?

Le péritoine sera ouvert, et il faudra craindre la péritonite.

Enfin, le malade, plus mort que vif, risquera à tout instant de rester sur la table d'opération, ou dans son lit après la fermeture de la plaie abdominale ; car aux dangers de la péritonite s'ajoutent ceux bien plus importants et bien plus fréquents du collapsus, comme on peut voir dans la plupart des observations suivies de mort.

(*Obs. de Salzer citée par Eiselsberg*), Arch. für. Klin.

Chir., 1889, p. 333; *de Mikülicz*, Thèse de Marion, Paris 1896, et Congrès de la Soc. all. de chir.; *d'Elliot citée par Cuttler*, Boston, M. A. S. J. 1897, p. 54-57; *de Vernet et Körte*, 26e Congrès all. de chir., avril 1897).

Souvent même, comme dans un des cas de Mikülicz, les deux processus sont réunis.

Ceux qui, au contraire, étaient partisans par principe de l'intervention, comme Dieulafoy après son succès, ceux-là cherchent les indications de l'opération, et ils les trouvent dans deux faits : le premier est la quantité de sang rejeté, et non pas tant encore la quantité en elle-même que la forme de l'hématémèse. Ecoutons Dieulafoy.

« Je pense, pour ma part, que la quantité de sang vomie en une seule fois est notre guide le plus précieux. Tout malade qui, dans chacune de ses hématémèses, ne vomit pas plus de 50 gr., 100 gr., 200 gr. de sang, peut parfaitement guérir sans opération, alors même que les hématémèses se répéteraient assez fréquemment, sans toutefois dépasser la mesure.

» En pareil cas, il est permis de supposer que l'artériole ouverte est de petite dimension ; il est permis d'espérer que les moyens médicaux auront raison de l'hémorragie : l'urgence opératoire ne s'impose pas Au contraire, tout malade qui vomit, d'un seul coup, un demi-litre, un litre de sang, surtout si les hématémèses se répètent une deuxième, une troisième fois en 24 heures, ce malade-là succombera presque fatalement, s'il n'est pas opéré à temps.

» De telles hématémèses prouvent qu'une artère importante est ouverte ; un caillot obturateur pourra se former momentanément, l'hémorragie pourra s'arrêter pour un temps ; mais qu'on ne s'y fie pas, l'ulceratio simplex, mieux encore peut-être que l'ulcus simplex, favorise ces

hématémèses foudroyantes; l'artère intéressée est plus souvent entamée que sectionnée, condition déplorable pour l'arrêt spontané de l'hémorragie. »

Or, nous avons vu que les hématémèses peuvent être abondantes, alors même que les vaisseaux ne sont pas volumineux, et nous avons vu que c'est surtout dans l'ouverture des plus gros vaisseaux qu'il y a le plus de chances de voir le caillot se former.

La quantité de sang rejetée n'étant pas un critère suffisant pour justifier une décision, on a cherché à l'évaluer en recherchant celle qu'a perdue l'organisme. On a cru en trouver le moyen dans la numération des globules et le dosage de l'hémoglobine.

Sans compter que ce moyen n'est pas à la portée de tous les praticiens, il peut d'ailleurs faire perdre un temps bien utile à ceux qui pourraient l'employer et, de plus, ne donne pas des indications formelles. L'état antérieur du malade, comme le fait remarquer Hirsch, étant souvent là pour expliquer les résultats contradictoires : telle hémorragie, qui sera rapidement mortelle pour un malade déjà affaibli, ne sera qu'un court incident pour un homme robuste et en pleine santé.

C'est pour cela que, se demandant si le malade est en danger ou non, des médecins ont conclu à l'expectative en principe. M. Savariaud s'est fait le champion de cette opinion. Aussi, propose-t-il tout d'abord de mettre le malade dans les mêmes conditions que s'il était sous le coup de la syncope ; pour cela, repos absolu du milieu, du malade, de l'organe, pas de bruit, pas d'impressions venant du dehors.

Au malade, on défend tout mouvement, quel qu'il soit, et pour tenir l'estomac en repos, pas de nourriture, pas de boissons ; on donnera l'eau nécessaire et les quelques

aliments qu'elle pourra transporter, soit sous forme de lavements simples ou nutritifs, soit sous forme d'injections de sérum artificiel ou de sérum de cheval. Quelques pilules de glace. Puis, peu à peu, avec la guérison, on reviendra à un régime plus substantiel, on donnera de nouveau boissons, puis aliments par la bouche.

Mais tout cela serait bien si, dans le cas où l'on n'est pas intervenu, l'on ne voyait la mort survenir dans la proportion de 14 pour 100. Certainement ce chiffre que donnent les statistiques doit être bien optimiste, car si l'on a affaire à une hémorragie importante, il y a des chances pour qu'on ne puisse l'observer, car elle passera inaperçue : on n'apportera pas le malade à l'hôpital, parce que l'on n'aura pas le temps de le faire, et si on l'essayait, il risquerait de rester dans le transport.

Donc la fréquence de la mortalité doit faire réfléchir le médecin à qui l'on a confié la vie de cet agonisant qu'il examine. Quant aux contre-indications que fournit l'opération, ce sont les mêmes que celles de toutes les opérations d'urgence : le shock, l'anesthésie, la faiblesse extrême, etc... Ils ajoutent leur effet nocif à l'action de la lésion qui nous amène le malade. Mais apres tout, c'est leur dernière planche de salut.

Pourquoi refuserions-nous systématiquement l'intervention et tous ses bienfaits à toute une catégorie de malades qui pourront guérir si elle est bien faite et bien menée ? Que si les résultats de la littérature médicale ne sont pas encourageants (10 morts sur 15 d'après Savariaud), nous devons considérer que nous avons ceux d'une chirurgie naissante. On ne trouvait pas l'ulcère, parce qu'on ne savait pas le chercher. Maintenant que l'on connaît l'exulceratio simplex, que le manuel opératoire s'est perfectionné, les adversaires les plus résolus de la laparoto-

mie reconnaissent eux-mêmes que le nombre des succès doit augmenter.

Et qu'avant d'ouvrir le ventre nous n'hésitions pas, en songeant que nous ne trouverons peut-être pas le point lésé, car nous aurons pour nous deux chances que n'avaient pas nos devanciers : la première, c'est que dans l'opération vite menée nous trouverons le vaisseau qui donnera encore, ce qui facilitera ainsi la recherche ; la seconde c'est, comme nous allons l'indiquer bientôt, que nous aurons deux méthodes, dont l'une, l'indirecte, permet de lier à distance l'artère qui coule et d'arrêter ainsi l'hémorragie sans avoir touché l'ulcère.

Nous aurons ainsi un moyen parfois efficace, comme on peut le voir d'après les observations, d'amener la guérison définitive.

Il nous sera encore possible, dans la plupart des cas, d'agir directement sur l'ulcère et par une méthode appropriée en même temps de tarir l'hémorragie et de faire une ablation totale de la lésion primitive.

Pour toutes ces raisons, on ne doit pas rejeter l'opération et l'on doit songer que la guérison spontanée est un fait bien aléatoire; on doit songer qu'il vaut mieux opérer un homme qui aurait peut-être guéri sans cela, mais qui, même guéri, aurait eu des chances de voir survenir des récidives, chances qui seront probablement supprimées, surtout si l'on a pu atteindre l'ulcère.

Mais avant tout je crois que l'on ne doit pas être exclusif; je crois que ceux qui ont exprimé leurs opinions, et qui avaient d'excellents motifs pour les soutenir, avaient raison les uns et les autres ; mais ce qui les a peut-être mis en désaccord un moment, c'est qu'ils ont trop considéré la maladie et trop oublié le malade.

Aussi il leur est arrivé des insuccès et, dans un traite-

ment comme dans l'autre, ils ont pu échouer ; et les adversaires de l'intervention ont maintes fois, après l'insuccès du traitement médical, été obligés d'en arriver au bistouri et à la ligature. C'est d'ailleurs là l'opinion nettement émise par M. Savariaud, qu'après échec du traitement médical, le traitement chirurgical s'impose.

Ainsi donc, avant de rappeler dans ses grandes lignes quelle doit être l'intervention, et au risque de nous répéter, nous dirons que chaque malade est justiciable de l'application de l'un ou l'autre traitement.

Au traitement chirurgical s'appliqueront plus spécialement les cas où la clinique nous a appris que l'hémorragie est plus tenace, plus rebelle, et ce sera alors le cas de ces hémorragies de capillaires que nous savons être plus terribles, parce qu'elles ne permettent pas au caillot de se former. Et ces cas seront ceux où l'hémorragie se faisant plus lentement, l'anémie des centres nerveux supérieurs se fait moins vite, la réaction est moins énergique, la syncope ne se produit pas.

Nous savons aussi que parmi les hémorragies les plus violentes, celles qui se manifestent au premier des trois stades de l'ulcère de Cruveilhier, et qui sont la première manifestation du mal latent, sont les plus terribles et pardonnent le moins.

Chez ces malades dont l'état général peut être exprimé en disant qu'ils sont prédisposés aux hémorragies, chez les pléthoriques, chez les hémophiles, les moindres hémorragies peuvent devenir cause d'une issue fatale. Nous considérerons longuement le tempérament qui sera d'un grand poids dans notre décision.

Aussi, lorsque nous pourrons penser que nous sommes en présence de l'un de ces cas, nous nous classerons

dans le groupe des interventionnistes et, s'il n'existe pas de contre-indications, nous opérerons.

D'un autre côté, nous savons que les hémorragies à répétition se produisent chez des sujets qui sont prédisposés à réagir, à faire un caillot qui opérera l'hémostase, caillot dont l'effet curateur sera d'autant plus long que l'ulcère le rongera moins vite, caillot enfin qui ne demande qu'à s'organiser et à faire du tissu fibreux. Chez ces malades, dont les hémorragies se reproduiront à *longs intervalles,* l'expectative sera de bonne mise. Et j'insiste avec intention sur cette question de la longue distance qui sépare une hémorragie d'une autre parce que, en dehors de ce travail sur la cicatrisation dont nous venons de parler, il se fait une réparation de l'état général, le sang se régénère et l'embonpoint reparaît avec les couleurs et les forces. Au contraire, dans les hémorragies fréquemment répétées, l'organisme entre dans un état de faiblesse et d'anémie progressive qui devient inquiétant et qui, malgré le peu de force du malade, réclame l'urgence de l'opération.

Nous nous abstiendrons d'intervenir si la syncope est là, et nous attendrons, le doigt sur le pouls du malade, ou bien que le pouls se relève sous l'influence des injections de sérum, et alors l'opération pourrait être indiquée, ou bien que, l'hémorragie continuant, le malade s'en aille trop faible pour être accessible au moindre traitement, ou bien que l'hémorragie s'arrête d'elle-même. Dans tous ces cas, nous nous en tiendrons à l'expectative, mais ce sera la paix armée et nous préparons déjà tout pour une opération dont l'urgence peut se manifester d'un moment à l'autre.

Et encore, dans ces indications générales, devrons-nous distraire bien des cas particuliers, envisageant à

tout instant et l'état du malade et l'état de ses forces et celui de son cœur. Nous examinerons s'il peut supporter l'opération, et s'il le peut, ce sera encore là la meilleure indication d'intervenir ; si, au contraire, il y a danger, nous temporiserons aussi longtemps que possible.

MANUEL OPÉRATOIRE

L'intervention est décidée, que ferons-nous ?

Nous n'aurons qu'à suivre les préceptes qui ont été donnés jusqu'à aujourd'hui par tous et, en particulier, par M. Savariaud. Comme soins préliminaires, pas de lavage de l'estomac, injection de sérum artificiel. Eviter le refroidissement L'anesthésie sera faite par un aide habitué à la manier. Le chirurgien choisira son anesthésique. L'instrumentation spéciale comprendra un aspirateur avec gros trocart, de grosses éponges et tampons montés, de petites éponges pour le duodénum, trois ou quatre longues valves, des écarteurs, une longue pince à disséquer et une longue aiguille mousse. Enfin une lampe électrique avec réflecteur.

La position sera le décubitus dorsal ou le Trendelenburg.

1^er^ *Temps.* — L'incision de la paroi se fera verticale, de l'appendice xyphoïde à deux centimètres au dessous de l'ombilic ; on l'agrandira si c'est nécessaire.

2^me^ *Temps.* — Evacuation du contenu stomacal par le trocart ou le duodénum.

3^me^ *Temps.* — Exploration de la surface extérieure de

l'estomac, ouverture de l'arrière-cavité des épiploons. Palpation de l'estomac.

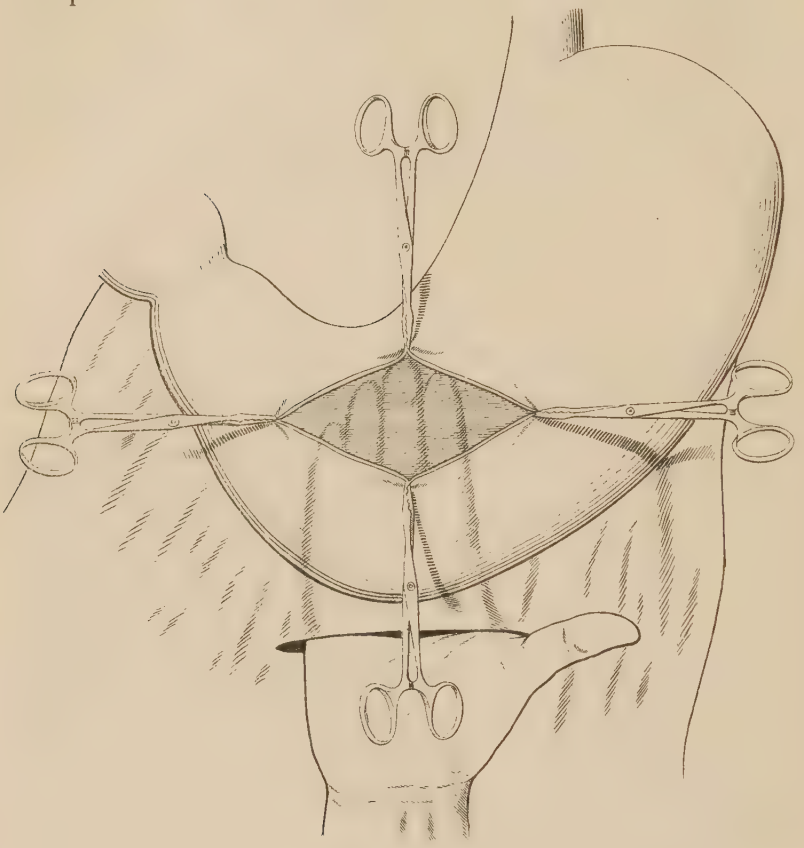


Fig. A. — D'après Savariaud.

4^me^ *Temps.* — Incision horizontale de l'estomac et toilette de la muqueuse.

5^me^ *Temps.* — Retournement de l'estomac par la main introduite dans l'arrière-cavité des épiploons. Exploration du cardia, du duodénum.

Si c'est nécessaire pour faire apparaître l'hémorragie, compression de l'aorte au-dessous de l'artère splénique et de la veine cave au-dessus du foie.

6me *Temps.* — Le chirurgien ayant trouvé la lésion, il lui reste à employer un des procédés d'hémostase suivants :

1° L'excision de l'ulcère et sa suture (probablement procédé de choix) ;

2° La cautérisation ;

3° Le grattage de l'ulcère suivi de suture, avec ligature, si elle est nécessaire, du vaisseau dans la plaie ;

4° Ligature prenant la muqueuse et les points saignants;

5° Ligature à distance :

De la coronaire, avant qu'elle donne des branches, au cardia dans sa portion ascendante au-devant du diaphragme ;

De la pylorique, après avoir effondré le petit épiploon au dessus du pylore ;

De la gastro-duodénale, que l'on trouve avant sa bifurcation, après avoir effondré le même épiploon à gauche des vaisseaux du hile du foie en suivant la crosse de l'hépatique ou bien en effondrant le ligament gastro-colique, en relevant l'estomac en haut et réclinant à droite l'origine du duodénum ;

De la gastro épiploïque droite dans le ligament gastro-colique, à deux ou trois centimètres de la grande courbure;

De la splénique en passant à travers le grand épiploon ou à travers le petit, en se servant de l'artère hépatique comme conducteur, qui mène à l'aorte et à la splénique.

Le chirurgien ayant choisi tel ou tel procédé de son choix, n'a plus qu'à refermer le ventre.

Dans son lit, le malade demande un régime. Ce sera bien entendu dans la mesure du possible, autant que le malade le plutôt que la maladie le permettra, le régime du repos absolu de l'organe, tel que nous l'avons indiqué plus haut, puis peu à peu on se relâchera de la sévérité du début pour en arriver à l'alimentation ordinaire.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des hémorragies dans l'ulcère de l'estomac capables de mettre en peu de temps la vie du malade en danger.

II. — La mort par hémorragie, au cours de l'ulcère, survient dans 5 pour 100 des cas. Les hémorragies tuent une fois sur 16 (Savariaud).

III. — Les artères le plus souvent atteintes sont, suivant leur ordre de fréquence :

La splénique ;
La coronaire stomachique ;
Les artérioles innominées.

IV. — Ces hémorragies sont susceptibles d'un traitement tantôt médical, tantôt chirurgical.

Dans ce dernier cas nous rangeons :

Les malades dont l'hémorragie est abondante, surtout lorsqu'elle est le premier symptôme de l'ulcère et qu'elle se reproduit malgré la diète absolue ;

Les malades atteints d'hémorragie plus lente, continue, probablement d'origine capillaire.

Au contraire, le traitement médical conviendra mieux :

A ceux qui ont eu des hémorragies moins abondantes qui se renouvellent à de longs intervalles ;

A ceux dont l'état général est trop affaibli.

Mais, dans chaque cas, la sagacité du médecin pourra seule apprécier l'opportunité du traitement opératoire.

OBSERVATIONS

Ulcérations de l'artère splénique

Observation Première

(Soubeyran, chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier. — *Bull. de la Soc. Anat.*, février 1902).

Ulcère de l'estomac. Hémorragie foudroyante. — Ulcération de l'artère splénique.

L'estomac que j'ai l'honneur de vous présenter est celui d'une femme âgée de 42 ans, qui entre le 5 septembre, à 9 heures du soir, dans le service du professeur Tédenat suppléé par M. le professeur agrégé Imbert, parce qu'elle a été prise d'abondants vomissements de sang après le repas. Cette femme, qui rejette encore par instants du sang, présente les signes d'une hémorragie interne : pâleur de la face, décoloration des muqueuses, tendance à la syncope, dyspnée, pouls petit et rapide. On lui donne de l'ergotine et du sérum, mais elle meurt bientôt après.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, ce qui frappe tout d'abord, c'est la distension de l'estomac ; cet organe, lié au cardia et au pylore, est enlevé ; on constate alors après l'ouverture, qu'il est rempli de sang noirâtre avec des caillots volumineux.

La muqueuse, après nettoyage, se présente avec des plis nombreux, elle semble épaissie ; mais ce qui attire l'attention, c'est un vaste ulcère siégeant sur la face postérieure de l'estomac, près de la petite courbure et à 5 centimètres du pylore.

Cet ulcère est unique ; sa forme est elliptique. Le grand axe de l'ellipse est transversal, avec un léger degré d'obliquité en haut et à droite ; la grosse extrémité regarde le cardia, la petite le pylore. Les dimensions de l'ulcère sont assez considérables, puisque sur la pièce fraîche elles sont de 3 centimètres et demi pour le grand axe et de 2 centimètres pour le petit.

Fig. B.

Les bords en sont nets, comme coupés à l'emporte-pièce, ainsi qu'on l'observe fréquemment ; ils sont surélevés et indurés, ce qui indique l'ancienneté de la lésion. Toutes les tuniques de l'estomac semblent intéressées par

l'ulcération (muqueuse, sous-muqueuse, musculaire) ; cependant la partie gauche semble plus profonde.

Le fond présente un aspect spécial ; sa coloration est grisâtre, son aspect est grenu, et un examen plus approfondi montre qu'il est formé par le pancréas qui adhère à ce niveau à la face postérieure de l'estomac. Sur ce fond et au niveau de la grosse extrémité de l'ellipse, c'est-à-dire sur la partie gauche de l'ulcération, on constate la présence d'un pertuis assez volumineux ; ses bords sont amincis, irréguliers et comme déchiquetés ; ses dimensions sont celles d'un lentille.

Si l'on introduit un stylet dans cet orifice, on s'aperçoit qu'il se dirige facilement de gauche à droite vers le trônc cœliaque, et dans le sens opposé vers la rate, et que le vaisseau dans lequel il chemine n'est autre que l'artère splénique.

Le reste de la muqueuse gastrique ne présente ni ulcération, ni ecchymoses ; on remarque seulement de nombreux plis plus ou moins profonds, qui s'irradient dans tous les sens.

Le péritoine et l'intestin ne renferment pas de sang, les poumons sont congestionnés au niveau de leur base. Le cœur et les autres viscères n'offrent rien de saillant.

L'hémorragie qui a amené la mort de notre malade, a pris incontestablement son point de départ au niveau de l'ulcération de l'artère splénique.

Observation II

(Boulloche. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1888, p. 404.)

Femme de 75 ans, nullement dyspeptique, douleurs depuis trois semaines ; premier jour, hématémèse très abondante, plusieurs hématémèses et mélæna, mort en

48 heures. Autopsie. Deux verres de sang dans l'estomac. Sur la face postérieure, près de la petite courbure, un ulcère large comme deux francs. Érosion de l'artère splénique.

Observation III

(Bryant. — *Guy's Hosp. Rep.*, London, 1841, p. 197.)

Femme de 49 ans ; depuis deux mois, douleurs épigastriques. Troubles gastriques notables ; deux hématémèses, dont la première, la veille de la mort. Autopsie. Sur la face postérieure, un ulcère se creusant dans le pancréas. Érosion de la splénique.

Observation IV

(Caillard. — Th. Paris, 1833, nº 307.)

Femme de 45 ans, morte dès son entrée, prise dès le le matin même, d'un fort vomissement de sang sans douleur. Sur la paroi postérieure, un ulcère de 50 centimes reposant sur le pancréas, auquel l'estomac adhère lâchement ; érosion de l'artère splénique.

Observation V

(Caillard. — Th. Paris, 1833.)

Homme, signes de cancer d'estomac, mort prompte. Autopsie. Entre le pylore et le cardia, un ulcère très étendu reposant sur le pancréas. Érosion de l'artère splénique friable et dure.

Observation VI

(Caillard. — Th. Paris, 1833.)

Homme de 44 ans, présentant depuis quelque temps, fièvre, frissons, vomissements, cachexie. Mort subite avec décoloration générale, pouls tumultueux et sans consistance. Fortes adhérences de la petite courbure au foie. Artère splénique friable, ouverte en deux endroits.

Observation VII

(Carrière. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1863.)

Femme de 76 ans. Pas de renseignements concordant avec l'affection. L'hématémèse commence le matin, la malade meurt dans la nuit. Autopsie. Près de la petite courbure, sur la paroi postérieure, un ulcère cicatrisé de quatre centimètres sur trois centimètres et demi, reposant sur le pancréas. Artère splénique ossifiée, deux ouvertures vasculaires.

Observation VIII

(Cruveilhier. — *Atlas d'anat. pathol.*)

Homme de 56 ans ; depuis cinq ans, coliques, quelquefois sang dans les selles ; premier jour, grande quantité de sang par le haut et par le bas ; deuxième jour, oppression, pouls lent et régulier; dans la nuit, hématémèse et mélæna. Mort. Autopsie. Estomac en sablier, adhérant au pancréas plein de sang. Près de la petite courbure, un ulcère de cinq à six lignes (18 millim.), profond, à bords durs et taillés à pic, à fond fibreux, cicatriciel, répondant au pancréas. Artère splénique érodée.

Observation IX

(King. — *Dublin med. Pres.*, 1848, page 19.)

Femme de 50 ans. Pyrosis, nausées, malaise épigastrique depuis 9 mois. Subitement hématémèse peu abondante, mort en dix minutes. Sur la paroi postérieure, un ulcère de 6 centim., grosse ulcération de l'artère splénique.

Observation X

(Peacok. — *Trans. Path. Soc. Lond.*, 1846-48, p. 253.)

Femme de 46 ans. Troubles digestifs notables (nausées, vomissements, éructations). Trois hématémèses, les premier, deuxième et sixième jours (mort le sixième jour). Sur la paroi postérieure, à 5 centim. du cardia, un ulcère de 1 centim. et demi. Érosion de l'artère splénique.

Observation XI

(Litten. — *Berlin. med. Woch.*, 1880, et Gilbert. Th. Paris, 1887.)

Homme de 32 ans. Depuis un mois, vomissements postalimentaires. Pas d'hématémèse, mais anémie intense, altération des globules simulant l'anémie pernicieuse.

Premier jour, hématémèse de 700 gr. avec douleur épigastrique et dans l'épaule gauche. Hémorragie rétinienne ; quatorzième jour, nouvelle hématémèse, mort. Autopsie. Un ulcère se creusant dans le pancréas, du diamètre d'une noisette. Artère splénique ulcérée, bout périphérique oblitéré par un caillot. Infarctus de la rate.

Observation XII

(Luton. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1838, p. 338.)

Étudiant de 18 ans, renseignements cliniques nuls, gastralgie, sobriété. Tombe dans la rue et meurt avant d'arriver à l'hôpital. Sur la paroi postérieure, au-dessous du cardia, un ulcère de 5 francs reposant sur le pancréas. Érosion de la splénique.

Ulcérations de l'artère coronaire

Observation Première

(Bazy. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1876, p. 635

Homme de 43 ans. Pas de symptômes gastriques. Entré pour une contusion, douleurs vagues. Premier jour, le soir, une syncope, signes d'hémorragie interne, deux selles sont noirâtres. Hématémèse abondante. Mort. Autopsie. Estomac dilaté, plein de sang. Sur la petite courbure, trois ulcères : l'un, du diamètre de 1 franc, a ulcéré la coronaire, oblitérée par un caillot ; un du diamètre d'une pièce de 50 centimes, n'intéressant pas la muqueuse, ayant érodé une artériole béante ; un de la grosseur d'une lentille.

Observation II

(Boullay. — *Bull. Soc. anat.* Paris, 1831, p. 106.)

Premier jour, hématémèse. Quatrième jour, hématémèse ; mort. Sur la petite courbure, à 6 centimètres du pylore, un ulcère de 2 francs à bords fibro-cartilagineux.

Deux orifices béants conduisent dans les artères coronaire, stomachique et pylorique.

Observation III

(Cruveilhier. — *Atlas d'anat. pathol.*)

Homme de 29 ans. Excès alcooliques. Il y a cinq ans. hématémèse pendant huit jours, en grande abondance ; il y a quinze jours, chaleur et douleur épigastrique. Premier jour, malaise, vomit cinq à six litres de sang ; deuxième jour, un seul vomissement peu abondant ; troisième jour, hématémèse, mort le soir. Sur la petite courbure, un ulcère de 6 lignes (18 millim.), profond, à bords calleux, presque cicatrisé. Artère coronaire ulcérée.

Observation IV

(Prévost. — *Bull. soc. anat.* Paris, 1865, p. 59.)

Femme de 73 ans, très anémique, a eu des hématémèses et mélæna. Signes d'hémorragie grave, plusieurs hémorragies répétées, meurt le lendemain de son arrivée. Près de la petite courbure, un ulcère de 1 franc, reposant sur le pancréas et la veine splénique. Artère coronaire érodée.

Observation V

(Stokes. — *Dublin Q. J. M. Sc.*, 1868, p. 201.)

Femme âgée ; depuis trois ans, douleurs épigastriques. Mort presque subite. Sur la paroi postérieure, un gros ulcère reposant sur le pancréas. Artère coronaire ulcérée.

Observation VI

(Terment. — *Glasgow M. J.*, 1884, p. 48.)

Homme de 69 ans. État comateux, une hématémèse peu abondante, mélæna. Mort. Autopsie. Deux ulcères : un sur la paroi antérieure, de 2 cent. et demi sur 1 cent., et le deuxième sur la paroi postérieure, large de 25 millim. Érosion de la coronaire.

Ulcérations d'artérioles gastriques

Observation Première

(Bonnet. — *Lyon Médical*, 1897)

Femme de 65 ans ; il y a 8 ans, hématémèses ; le premier jour un litre, le lendemain deux litres, signe d'ulcère guéri en neuf mois. Premier jour, hématémèse très forte ; troisième jour, douleur épigastrique, hématémèse de deux litres ; quatrième jour, mort le matin. Autopsie. L'estomac adhère au pancréas ; sur la petite courbure un ulcère d'aspect cicatriciel, large comme un franc ; petit orifice latéral sur une artériole.

Observation II

(Caussade. — *Presse médicale*, 30 janvier 1897)

Homme de 27 ans. Il y a deux ans, plusieurs hématémèses, pas d'autre symptôme gastrique ; premier jour, hématémèses répétées, trois litres ; dans la nuit, deux

litres. Mort au bout de trente heures (?). Autopsie. Petite ecchymose sur la face externe du grand cul-de-sac ; à ce niveau, une ulcération de six centimètres à fond grisâtre, trois taches ecchymotiques en coup de pinceau, deux érosions cupuliformes dans l'aire de l'ulcération ; au fond de l'une, petit orifice latéral sur une artériole.

Observation III

(Fiouppe. — *Bull. Soc. Anat.* 1874, p. 305)

Homme de 56 ans, aucun trouble gastrique. Syphilis (?) Premier jour, éblouissement, demi cuvette de sang noirâtre ; troisième et quatrième jours, hématémèse très violente ; cinquième jour, hématémèse de trois litres. Mort. Autopsie. 400 grammes de liquide sanglant dans l'estomac ; à trois centimètres du pylore, une ulcération du volume d'une lentille, ayant érodé une artériole.

Observation IV

(Monestier. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1883, pp. 222-226.

Homme de 78 ans, mort sans hématémèse ; signes d'hémorragie interne. A la partie moyenne de la face antérieure, une ulcération n'intéressant que la muqueuse, large de 5 centimètres ; au centre, artériole branche de la coronaire.

Ulcérations de vaisseaux de petit calibre

(Lemoine. — Th. Paris, 1872)

Homme de 31 ans, alcoolique, souffre depuis un mois, jamais d'hématémèse. On le trouve mort dans son lit. Autopsie. Estomac et intestins distendus par le sang. Dix-sept petites ulcérations pyloriques près de la petite courbure ; l'une d'elles a ouvert une veine d'assez fort calibre.

Ulcérations de vaisseaux indéterminés

(Millard. — *Bull. Soc. anat.*, Paris 1859)

Homme de 54 ans. Ulcère latent. Mort en dix-huit ou vingt heures. Sur la face postérieure, près la petite courbure, ulcère large comme une pièce de 50 centimes, ayant ouvert un vaisseau du calibre d'une plume de corbeau.

Ulcérations invisibles ou non mentionnées

Observation Première

(Cruveilhier. — *Atlas d'anatomie pathologique*)

Homme de lettres de 73 ans, gros mangeur, a eu, il y a trois ans, des signes d'ulcère. Premier jour, hématémèse des plus abondantes, manque mourir ; amélioration peu

sensible, l'estomac rejette tout. Petite tumeur épigastrique, signes de cancer (?) Vingt et un jours après la première hémorragie, hématémèses qui l'emportent après vingt-quatre heures d'agonie. Autopsie. Rétrécissement du pylore, admettant une plume d'oie ; sur la face postérieure, un ulcère de un centimètre. Pas d'orifice vasculaire visible. Arborisations vasculaires très nombreuses sur la muqueuse de l'estomac. Hémorragie par exhalation (?)

Observation II

(Davies. — *Ass. med. J. Lond.*, 1856. p. 1831)

Femme de 23 ans. Douleurs épigastriques très vives. Hématémèse très abondante ; la veille de sa mort, issue continuelle de sang par le rectum. Autopsie. Sur la paroi postérieure, près la petite courbure, un large ulcère.

Observation III

(Lemoine. — *Loc. cit.*)

Homme de 42 ans, trouvé mort dans son lit. Autopsie. Estomac et intestins remplis de sang, trois ulcérations pyloriques, cinq duodénales du volume d'une lentille, pénétrant toutes jusqu'à la séreuse.

Observation IV

(Lépine et Bret. — *Archives de méd. expérim. et d'anat. path.* 1893, p. 254)

Homme de 65 ans, alcoolique, présentant des signes de cancer ou gastrite ulcéreuse, légères hématémèses et

mélæna. Anémie, 1.300.000 globules ; pas d'HCl libre. Diagnostic : gastrite. Il vomit du sang et meurt quelques heures après. Autopsie. Estomac rempli de sang. Petites exulcérations en coup d'ongle, difficiles à voir, intéressant la *muscularis mucosæ* et reposant sur des artérioles oblitérées.

Observation V

(Luys. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1896, p. 660)

Homme de 35 ans, douleurs vives après les repas. Syncope et mort en quelques minutes sans vomissement. Autopsie. L'estomac contient deux litres et demi de sang. Ecchymose de 50 centimes, visible à la face externe du cardia. Rayonnant autour de cet orifice, trois ulcérations longues de trois centimètres, larges de un centimètre, plus érosion en coup d'ongle. Ces ulcérations sont très superficielles et entament par endroits la *muscularis mucosæ*. Infiltration sanguine dans la tunique celluleuse pas d'orifice vasculaire visible.

Observations d'interventions pour hémorragies aiguës

Observation Première

(Mikülicz. — *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXXVII, p. 79.)

Mikülicz opère, le 15 février 1887, une femme de 20 ans. Douleurs, vomissements depuis un an. Amaigrissement dans les derniers mois, hématémèses marc de café provoquées par la moindre quantité de lait surtout depuis 8 jours.

Inanition, Pouls, 140. Temp., 38°. Un litre de sang dans l'estomac. Ulcère calleux se creusant à 2 centimètres de profondeur dans le pancréas. Cautérisation au thermo. Pyloroplastie en T. Mort 50 heures après l'opération. Autopsie. Péritonite localisée autour du pylore. Les sutures ont bien tenu. L'hémorragie ne s'est pas reproduite. Ulcère duodénal.

Observation II

(Mixter.— Gannett. *Boston M. J.*, p. 38.)

Mixter opère en septembre 1888, un homme de 57 ans. Diagnostic ulcère. Durée de la maladie, 4 ans 1/2. Vomissements, douleurs, amaigrissement. Hématémèses répétées. Estomac normal, sauf le pylore qui forme une tumeur du volume d'un œuf de poule, adhérent au pancréas. Pylorectomie impossible. Mort. Estomac et intestin pleins de sang. Ulcère de la paroi postérieure du pylore, large de 1 à 2 cent., profond de 1 cent. Double perforation de la pancréatico-duodénale.

Observation III

(De Salzer. — Eiselsberg. *Arch. für Klin. Chir.*, 1889, p. 833.)

Intervention, le 27 juin 1889, chez un homme réséqué du pylore depuis 3 ans par Billroth. Excellent appétit. Embonpoint. Pris brusquement de violentes hématémèses rutilantes. L'estomac est légèrement adhérent. Il pratique une incision exploratrice de l'estomac. Toucher digital intra-stomacal. Ulcère introuvable. Fistule stomacale. Au

bout de 30 heures on referme la fistule. Mort deux jours après d'épuisement, avec élévation de température. A l'autopsie, on remarque un phlegmon commençant à la paroi. Petit ulcère récent sur la paroi antérieure. Perforation d'une artériole.

Observation IV

(Mikülicz. — Th. de Marion, Paris 1897, et 26e Congrès de la Société allemande de chirurgie.)

Mikülicz opère un homme de 38 ans, présentant les signes d'ulcère depuis un an et des hématémèses. Il trouve un ulcère de la paroi postérieure de la région pylorique se creusant dans le pancréas. Cautérisation. Gastrorraphie. Mort de collapsus, le soir même de l'opération.

Observation V

(Mikülicz. — Même source bibliographique.)

Mikülicz opère une femme de 21 ans, présentant des signes d'ulcère depuis un an et des hématémèses. A l'opération, il trouve un petit ulcère de la petite courbure et une érosion de la coronaire. Il pratique la résection de l'ucère, le curettage de la perforation et la suture. Guérison depuis 3 ans.

Observation VI

(Mikülicz. — Même source.)

Mikülicz opère une femme de 42 ans, ayant des signes d'ulcère depuis 7 ans et des hématémèses. Le pancréas est

envahi, l'hémorragie considérable par une artère. Cautérisation. Gastrorrhaphie. Mort de collapsus le soir même.

Observation VII

(Roux. — Congrès de chirurgie, 1893, p. 401.)

Homme. Hématémèses de 1 litre 1/2 et 2 litres quelques jours avant l'opération. Ulcère circonscrit de la petite courbure. Ligature des artères de la petite courbure. Excision de l'ulcère. Guérison (s'est suicidé depuis. Revers de fortune). — Erosion de l'artère coronaire.

Observation VIII

(Roux. — Observation inédite.)

Femme ayant eu des hématémèses très abondantes, faiblesse extrême. Ulcère de la petite courbure (?) Double ligature des artères de la petite courbure. Guérison se maintenant depuis 3 ans.

Observation IX

(Elliot. — Cuttler. *Boston M. a. S. J.*, 1897, pp. 54-57.)

Elliot opère, en août 1895, un homme de 37 ans. Signes d'ulcère depuis 2 ans. Amaigrissement. Depuis 8 jours, hématémèses quotidiennes ; globules rouges : 2 millions. Tumeur pylorique du volume du poignet. On pratique la résection du pylore et du cinquième de l'estomac. Mort

le 1e jour, d'épuisement. A l'autopsie, l'on constate que les sutures ont bien tenu. L'estomac est plein de liquide, bien que le malade n'ait rien bu.

Observation X

(Hartman. — Observation inédite, 10 décembre 1895.)

Femme ayant eu de violentes hématémèses. Induration à 1 centimètre du pylore. Gastro-entérostomie. Mort. Autopsie : pas de péritonite, les sutures ont bien tenu. Erosion en coup d'ongle, assez difficile à trouver.

Observation XI

(Hirsch. — *Berliner Klin. Woch.*, 1896, p. 847.)

Hirsch opère, le 14 mars 1896, une femme de 25 ans, présentant des signes d'ulcère depuis 1 mois, ayant eu des hématémèses en janvier et mars et ayant maigri de 17 kilogs. L'estomac est normal. Gastrotomie exploratrice. Toucher digital. Ulcère introuvable. Guérison opératoire (augmentation de 10 kilogs), mais retour des hémorragies.

Observation XII

(Abbe. — *In* Weir et Foote. *Med. News*, 1896, p. 284.)

Estomac normal. Incision stomacale de 5 centimètres. Évagination de l'estomac. Ulcère introuvable. Mort. A l'autopsie, plusieurs petites ulcérations difficiles à voir.

Observation XIII

(Wernet et Körte. — 26e Congrès allemand de chirurgie, avril 1897.)

Hémorragie profuse quelque temps avant l'opération. Nouvelle hémorragie. Estomac adhérent au pancréas. Ulcère inextirpable à cause de son siège. Cautérisation ignée donne lieu à une hémorragie artérielle difficile à arrêter par des sutures. Mort le 8e jour de collapsus. A l'autopsie, ulcération de l'artère splénique.

Observation XIV

(Michaux. — Dieulafoy. *Presse médicale*, 1898, p. 31.)

Michaux opère, le 26 octobre 1897, une femme de 30 ans. Pas de signes gastriques antérieurs. Hématémèses et mélæna les 20, 22, 23, 25 octobre. Estomac sain en apparence. Gastrotomie. Retournement. Ulcère invisible. Reproduction de l'hémorragie. Mort le 5e jour. Autopsie. Ulcère de 2 francs n'intéressant que la muqueuse sur la face postérieure. Près la petite courbure, artériole érodée.

Observation XV

(Cazin. — 16 octobre 1897, même source.)

Pas de signes gastriques antérieurs. Hématémèses violentes les 7, 9 et 16 octobre. Globules, 1.600.000. Estomac d'apparence normale, 1 érosions lenticulaires sur la face postérieure, au voisinage de la grande courbure. Suture au catgut de l'érosion. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Abbe. — Cité par Weir et Fode.

Allchin. — Path. soc. Lond., 1887.

Armstrong. — A case of nocematemesis Brit. med. J. Lond.

Bazy. — Bull. Assoc. anat. Paris, 1876.

Beauvis. — Bull. Soc. anat., Paris, 1847.

Boullay. — Bull. Soc. anat., Paris, 1831.

Boulloche. — Bull. Soc. anat., Paris, 1888.

Bonnet. — Lyon médical, 1897.

Bossu. — Thèse Paris, 1893 94.

Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac, 1895.

Bryant. — Guy's Hosp. Rep. London, 1841.

Caillard. — Thèse. Paris, 1883.

Carrière. — Bull. Soc. anat , Paris, 1863.

Caussade. — Presse médicale, 30 janvier 1897.

Cazeau. — Bull. Soc. anat., Paris, 1834.

Chauvel. — L'exclusion du pylore. Thèse, Paris, 1898.

Coats — Glascow and J., 1888.

Collin. — Ulcère duodénum. Thèse Paris, 1894.

Comte. — Traité chirurgical de l'ulcère rond. Semaine médicale, 1895.

Cornil. — Bull. Soc. anat., Paris, 1889.

Crisp. — Trans. of path. soc., Lond.

Cruveilher. — Atlas anat. path.

Cuttler. — Boston M. a. s j., 1897.

Davies. — Ass. med. J. London, 1896.

Debove et Courtois. — Soc. méd. des Hosp., 17 octobre 1890.

Dieulafoy. — Presse médicale, 1898.

XIII^me^ Congrès intern. de médecine.

Doyen. — Traité chir. des affections de l'estomac et du duod. Paris, 1895.

Dussaussay. — Thèse Paris, 1877.

Elselsberg. — Arch. für Klin. chir., 1889.

Eve. — Lancet. London, 1900. Case of perfor. gastric ulcer on the post. surface of the stomach. Gaz. med. belge. Liège, 1900.

Fiouppe. — Bull. Soc. anat., 1874.

Frenkel. — Paris, 1900. Diag. et trait. des maladies de l'estomac.

Gallard. — Soc. méd. des Hôp. 30 avril 1875.

Gallet. — Clinique Brux.

Galliard. — Thèse Paris, 1882.

Gannett. — Boston med. J., 1889.

Girault. — Thèse Paris, 1867.

Gilbert. — Thèse Paris, 1867.

Godin. — Thèse Paris, 1877.

Gœpper. — Arch. gén. méd., 1831.

Grecr. — Brit. med. J. London, 1900.

Hartmann. — Cité par Savariaud. Thèse Paris, 1898. Presse méd. 1898.

Hirsch. — Berlin. Klin. woch. 1896.

Heidenham. — Deutsche aerzte Z. t. g. Berlin.

Hayem. — J. de méd. int. Paris.

Hervieux. — Union méd. du Canada. Montréal, 1901.

Jackson. — Ann. J. méd. soc. Philo., 1848.

Jordan. — Rev. Val de lien méd. Valencia, 1900.

King. — Dublin med. Pres., 1848.

Koïte (W.). — Berlin. Klin. woch., 1897.

Lambotte. — Ann. soc. belge de chir. Brux.

Lancereaux. — Rev. de thérap. méd.-chir., 1902.

Legg. — Saint-Barth. Hosp Rep., 1874.

Legroux. — Arch. gén. méd., 1889.

Lejars. — Chirurgie d'urgence.

Lemoine. — Thèse Paris, 1894-95.

Lepine et Bret. — Arch. de méd. expérim. et d'anat. path., 1893.

Letorey. — Thèse Paris, 1894-95.

Limbeck. — Prager. med. woch., 1883.

Litten. — Berlin. med. woch., 1883.

Lorenzi. — Thèse Paris, 1894-95.

Luton. — Bull. Soc. anat. Paris, 1858.

Luys. — Bull. Soc. anat. Paris, 1893.

Marion. — Thèse Paris, 1897. De l'intervention chirurgicale de l'ulcère simple de l'estomac.

Mikulicz. — Arch. f. klin. ch. (26e congrès de la Société all. de chirurgie.) Berlin. klin. woch., 1897.

Mayo. — Phil. méd. J. 1900.

Metcalf. — Wisconsin méd. Rev. Janeville, 1900.

Millard. — Bull. Soc. anat. Paris, 1859.

Monestier. — Bull. Soc. anat. Paris, 1883.

Moore. — Traité path. Soc. Lond. 1883.

Murchinson. — Trans of path. soc. 1870.

Murdoch. — Phil. méd. J. 1900.

Ollive. — Gazette méd. de Nantes, 1883.

Ord. — Hœmatemesis due to gastric ulcer. Policlin. Lond., 1900.

Osler. — A. m. Crac (Thomas). Philo. méd. J. 1900.

Paulitzki. — Wiener med. Press. 1869.

Pavy. — Med. Times et Gaz. London, 1867.

Peacok. — Trans. path. soc. London, 1846-48.

Pepper. — J. am. med. clin. Chicago, 1889. Med. and surg. reporter philo. 1889.

Percepied. — Bull. médical, 1897.

Perry. — The principal of dies in gastric diseases. Pacific med. J. Soc Franc. 1900.

Pelliet. — Bull. de la Soc. anat. Paris, 1894.

Pilliet et Denis. — Soc. Physiologie, 1893.

Prevost. — Bull. Soc. anat. Paris, 1865.

Reed. — Internat. mod. mag. N. Y. 1900.

Rodman. — Med. news N. Y , 1900. Boston med. a S. J. 1900. Philo. m. J. 1900. J. an. m. an. Chicago, 1900.

Roux. — Congrès de chirurgie, 1883.

Savariaud. — De l'ulcère hemorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical. Thèse de Paris, 1898. Gazette des Hôpitaux, 28 janvier 1899.

Saundby. — Ulcera dello stomaco suppl. al Polei. Roma, 1900.

Soubeyran. — Bull. Soc. anat., février 1902. Ulcère de l'estomac. Hémorragie foudroyante. Ulcération de l'artère splénique.

Stokes. — Dublin q. j. m. s. c. 1868.

Talma. — Les indications des opérations stomacales. Berliner Klin. woch. 23 juin 1895.

Termont. — Glasgow m. J. 1884.

Tuffier. — Presse méd. décembre 1897.

Trousseau. — Revue médicale 1856.

Tzeidler. — Balnitsch gaz. Botkina Saint-Pétersb.

Webster. — Clin. rev. Chicago.

Weir et Foot. — Méd. News, 1896.

Wernet et Koïr. — 26° congrès allemand de chirurgie, 1897.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 22 mars 1903.

Le Recteur :

A. BENOIST.

Vu et approuvé

Montpellier, le 22 mars 1903

Le Doyen :

MAIRET